



Número: **0006141-66.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/02/2021**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE IVANILDO DOS SANTOS (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) sharon Stéphane Lins Barros (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
97037 659	19/01/2022 10:25	2851172_CONTESTACAO_02	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 21ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE - SEÇÃO B

Processo: 00061416620218172001

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresa seguradora com sede à Av. Marques de Olinda, 175 - Bairro do Recife - Recife - PE - CEP: 50030-000, inscrita no CNPJ sob o número 33.054.826/0001-92 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE IVANILDO DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **30/06/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **17/08/2020**.

A parte autora apesar de reconhecer que recebeu verba indenitária em sede administrativa, tenta levar esse Juízo a erro, vez que ao contrário do alegado o pagamento efetuado foi no importe de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**, sendo este valor correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada.

Repita-se que o pagamento administrativo realizado foi de acordo com percentual indenizável para as supostas lesões suportadas pela parte autora, segundo a graduação da repercussão sobre a importância máxima segurada, em total consonância com o parecer médico pericial.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015.

DA IRREGULARIDADE DE REPRESENTAÇÃO

Inicialmente cumpre informar que mediante análise dos autos verifica-se que o não há nos autos procuração ou substabelecimento outorgando poderes para advogado que assinou eletronicamente a petição inicial.

Vejamos o entendimento do STJ:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL. AUSÊNCIA DE INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO OU SUBSTABELECIMENTO DA ADVOGADA SUBSCRITORA DO RECURSO. RECURSO ASSINADO ELETRONICAMENTE. IRREGULARIDADE DE REPRESENTAÇÃO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 115/STJ.

1. "A prática eletrônica de ato judicial, na forma da Lei n. 11.419/2006, reclama que o titular do certificado digital utilizado possua procuração nos autos, sendo irrelevante que na petição esteja ou não grafado o seu nome" (AgRg no REsp1.347.278/RS, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, CORTE ESPECIAL, julgado em 19/6/2013, DJe 1º/8/2013.).

2. Nos termos da jurisprudência do STJ, a identificação de quem peticiona nos autos é a proveniente do certificado digital, independentemente da assinatura que aparece na visualização do arquivo eletrônico.

3. "A juntada posterior do instrumento de procuração ou substabelecimento não tem o condão de sanar o vício contido no recurso manejado, ante a inaplicabilidade dos arts. 13 e 37 do CPC no âmbito dos recursos excepcionais. Precedentes da Corte Especial e da 1ª Seção do STJ" (AgRg no REsp 1.450.269/RJ, Rel. Ministro MAURO CAMPBELL MARQUES, SEGUNDA TURMA, julgado em 25/11/2014, DJe 2/12/2014.).

AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 724.319 – BA (2015/0134460-5)

Neste sentido é importante consignar que referido documento é de suma importância a esses autos, eis que, para que a representação da parte seja válida é necessária à outorga de mandato.

Diante do exposto, em face da irregularidade na representação processual da parte autora requer intimação da mesma para sanar o vício ora anunciado, sob pena de indeferimento da petição inicial.

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossigue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 19 de janeiro de 2022.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE IVANILDO DOS SANTOS**, em curso perante a **21ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00061416620218172001.

Rio de Janeiro, 19 de janeiro de 2022.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

123456

¹ Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

² Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³ "APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**" (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



⁴"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**" (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG , Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

⁵"SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁶art.

1º

(...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0006141-66.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/02/2021**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE IVANILDO DOS SANTOS (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) sharon Stéphane Lins Barros (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
97037 660	19/01/2022 10:25	ANEXO 1	Outros (Documento)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BORTT

IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DO TITULAR

Maria José de Andrade

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6.037.978 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/07/2014

NOME << MARIA JOSÉ DE ANDRADE >>

FILIAÇÃO << LUIS DE ANDRADE SOBRINHO >>
<< HELENA FELIX DE ANDRADE >>

NATURALIDADE CHÁ GRANDE - PE DATA DE NASCIMENTO 12/07/1981

DOC. ORIGEM << CN.10280 L.A08 F.282V CART.CHÁ GRANDE-PE 20.08.2002 >>

CPF 039.513.924-44

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 F-52 48.776 - 3.031

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
29 OUT 2020
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

INSCRIÇÃO GERAL: 6.244.970 DATA DE EXPEDIÇÃO: 29/04/2015

<< JOSÉ IVANILDO DOS SANTOS >>

PROFISSIONAL << MANOEL JOSÉ DOS SANTOS >>

<< MARIA DE LOURDES DOS SANTOS >>

NACIONALIDADE: GRAVATÁ - PE DATA DE NASCIMENTO: 05/10/1980

DIGIT. (RGEP) << 096578 01 55 2012 2 00041 019 >>

0012224 81 BOA VISTA RR >>

CPE: 053.773.574-77

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

415023982606091905.6347934

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

09-R50

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

José Ivanildo dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

29 OUT 2020

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE



**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: [3200389596](#)

Nome do(a) Examinado(a): [JOSE IVANILDO DOS SANTOS](#)

Endereço do(a) Examinado(a): [Rua Edson B de Oliveira, 24, , Chã Grande/PE](#)

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: [SSP / 6244970](#)

Data e local do acidente: [30/06/2020 - Gravatá/PE](#)

Data e local do exame: [12/11/2020 - Caruaru/PE](#)

Coordenadas Geográficas: [latitude: -8.27885 , longitude: -35.96984](#)

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

[fratura exposta do rádio e ulna direita e fratura fechada de Galeazzi a esquerda](#)

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

[Quadro submetido a osteossíntese com placas e parafusos](#)

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do punho direito apresenta flexão aos 40°, extensão aos 20°, desvio ulnar aos 20°, desvio radial aos 10°, pronação aos 60°, supinação aos 20°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no punho direito. Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 50°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 25°, desvio radial aos 20°, pronação aos 40°, supinação aos 50°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo.

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[Sim](#)

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

[Sim](#)

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

[Dano do punho esquerdo e direito](#)

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)



() "Vítima em tratamento"

() "Sem seqüela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Punho Direito - Intenso - 75%

Punho Esquerdo - Médio - 50%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:


Andrea R. Madeira
CRM - 19953





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 053773574-77 4 - Nome completo da vítima: José Ivanildo dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: José Ivanildo dos Santos 6 - CPF: 053773574-77
7 - Profissão: Recusou-se 8 - Endereço: R. Odson B. de Oliveira 9 - Número: 24 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Helder Camara 12 - Cidade: Chã Grande 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55636-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (81) 9668-4814

DADOS CADASTRAIS
17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0943 CONTA: 35928 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE
23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituição do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO 34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____
TESTEMUNHAS
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Chã Grande, 29/09/20
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) José Ivanildo dos Santos
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____
43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____





CNPJ 09.789.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA 20 DE DEZEMBRO - NÚM. - 60910 - CENTRO
CXA GRANDE PE 55636-000

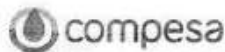
DADOS DO CLIENTE		MATRICULA: 7433085 Ago/2020	
LUIZ DE ANDRADE SOBRINHO			
R EDSON BEZERRA DE OLIVEIRA, N. 00074 - DOM HELDER CAMARA CXA GRANDE PE 55636-000			
INSCRIÇÃO: 045.175.535.0300.000 GRUPO: 6 DEB. AUTOMÁTICO: 00743308			
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PUBLICA
HORÍMETRO A11U087224	DATA LEIT. ANTERIOR 29/07/2020	DATA LEIT. ATUAL 28/01/2020	TIPO DE CONSUMO (M3) MEDIA HD
ÁGUA: LEIT ANT: 756 CONSUMO: 6 LEIT ATU: 756 LEIT FAT: 756 HD PARADO			
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERENCIA CONSUMO			
		NÚMERO DE AMOSTRAS	
	PARAMETROS	EXIG. PORT. MS 2.914/13	ANÁLISES REALIZ. ATENDIM. A LTO. S
07/2020	06	TURBIDEZ 18	22 7
06/2020	06	COR APARENTE 18	22 1
05/2020	06	CLORO RESIDUAL 18	22 2
04/2020	06	COLIF. TOTAIS 18	22 21
03/2020	06	E.COLI 18	22 22
02/2020	06		
MEDIA:	06		
Qualidade de Água: www.compesa.com.br			
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 75% DAS AMOSTRAS EXAGERADAS			
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA			
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CARACTERÍSTICAS ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA			
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA		6 M3	44,08
TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPÓSTO
PD	44,08	1,65	0,73
CGM	44,08	7,60	3,35

VENCIMENTO: 15/09/2020

TOTAL A PAGAR: 44,08

MENSAGEN:





CNPJ 09.769.035/0001-64
 INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

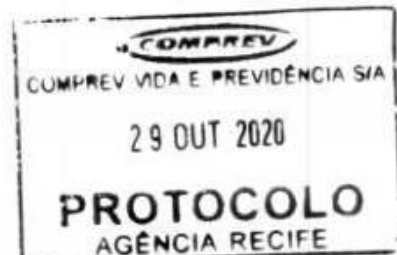
ATENDIMENTO: AVENIDA 20 DE DEZEMBRO - NUM. - 00910 - CENTRO
 CHA GRANDE PE 55636-000

DADOS DO CLIENTE		MATRICULA: 7433085 Ago/2020	
LUIZ DE ANDRADE SOBRINHO			
R EDSON BEZERRA DE OLIVEIRA, N. 000/4 - DOM HELDER CAMARA CHA GRANDE PE 55636-000			
INSCRIÇÃO: 045.175.535.0300.000 GRUPO: 6 DEB. AUTOMÁTICO: 007433085			
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMOS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
		1	
HIDRÔMETRO A11U087224	DATA LEIT. ANTERIOR 29/07/2020	DATA LEIT. ATUAL 28/08/2020	TIPO DE CONSUMO (A/E) MEDIA HD
ÁGUA: LEIT ANT: 756 CONSUMO: 6 LEIT ATU: 756 LEIT FAT: 756 HD PARADO			
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERENCIA CONSUMO			
	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS	
07/2020 06		EXIG. PORT. MS 2.914/13	ANALISES REALIZ. ATENDIMENTO A LEGIS
06/2020 06	TURBIDEZ	18	22
05/2020 06	COR APARENTE	18	22
04/2020 06	CLORO RESIDUAL	18	22
03/2020 06	COLIF. TOTAIS	18	22
02/2020 06	E. COLI	18	22
MEDIA: 06			
Qualidade de Água: www.compesa.com.br OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 15% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS; (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, SCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA; (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA			
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA		6 M3	44,08
Valor Total	BASE DE CÁLCULO	Residencial (%)	VALOR DO IMPORTE
R\$ 44,08	44,08	1,65	0,73
		7,60	3,35

VENCIMENTO: 15/09/2020

TOTAL A PAGAR: 44,08

MENSAGEM:



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria José de Andrade inscrito (a) no CPF/CNPJ 039513924, 44, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Ivanildo dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 053773374, 77, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jose Ivanildo dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 053773374, 77, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>R. Edison Bezerra de Oliveira</u>		<u>04</u>	<u>casa</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>10. Helder Câmara</u>	<u>Chã Grande</u>	<u>PE</u>	<u>55636-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
	<u>(81) 9668-4814</u>		

Chã Grande, 29 de 09 de 20
Local e Data

Maria José de Andrade
Assinatura do Declarante





Prefeitura de
GRAVATÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GRAVATÁ
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Gravatá, 11 de Agosto de 2020.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que a Sr. **JOSÉ IVANILDO DOS SANTOS** foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no dia 30 de junho de 2020, ID-0060, vítima de acidente motociclístico, no município de Gravatá. Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

JACQUELINE AUGUSTA
Coordenadora Geral

COREN 103674

Jacqueline Augusta do N. Oliveira
Coordenadora Geral do SAMU Gravatá



Endereço: Rua XV de Novembro, 121 – Nossa Senhora das Graças – Gravatá - PE.
CEP: 55.642-550 Fone/Fax (81) 3563-9024/9025.
CNPJ: 10.710.822/0001-10
saude@prefeitura.degravata.pe.gov.br
www.prefeituradegravata.pe.gov.br






GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 067ª CIRCUNSCRIÇÃO - CHÃ GRANDE - DP67ªCIRC
DINTER/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0157000397**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/08/2020** às **15:59**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **30/6/2020** às **18:10**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 01, POR TRAS DO PARQUE CAROATA** -
Bairro: **ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

0 (AUTOR \ AGENTE)
JOSE ADIELSON DOS SANTOS (OUTRO)
JOSE IVANILDO DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE IVANILDO DOS SANTOS

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

JOSE IVANILDO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**Mãe: **MARIA DE LOURDES DOS SANTOS** Pai: **MANOEL JOSE DOS SANTOS** Data de Nascimento: **5/10/1980** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 24, RUA DO SOL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

0 (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JOSE ADIELSON DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**Mãe: **M** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE ADIELSON DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE IVANILDO DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN ESDI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDW8215** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018**

Complemento / Observação

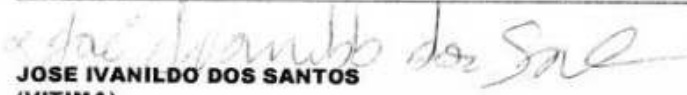


17/08/2020 15:59



COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA A VITIMA INFORMANDO QUE NO REFERIDO DIA SOFREU UM ACIDENTE DE MOTOCICLETA, SEGUNDO O MESMO QUANDO TRAFEGAVA COM O VEICULO PARA SEU TRABALHO, AO ENTRAR NA CURVA COLIDIU COM UM ANIMAL (CAVALO) VINDO A SOFRER LESÃO E FRATURAS NOS DOIS BRAÇOS CONFORME LAUDO APRESENTADO NESTA UNIDADE POLICIAL. A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DAQUELA CIDADE E EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS EM RECIFE, DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES. SEM MAIS NADA A DECLARAR

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial


JOSE IVANILDO DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **JOSE KENNEDY LOPES DA SILVA** - Matrícula: **273355-2**



17/08/2020 15:5





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 053773574-77 4 - Nome completo da vítima: José Ivanildo dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: José Ivanildo dos Santos 6 - CPF: 053773574-77
7 - Profissão: Recusou-se R. Odson B. de Oliveira 8 - Endereço: _____ 9 - Número: 24 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Helder Camara 12 - Cidade: Chã Grande 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55636-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (81) 9668-4814

DADOS CADASTRAIS
17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0943 CONTA: 35928 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO 34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____
TESTEMUNHAS 38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Chã Grande, 29/09/20
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) José Ivanildo dos Santos
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____
43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____





COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
29 OUT 2020
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200389596

Vítima: JOSE IVANILDO DOS SANTOS

Data do Acidente: 30/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA JOSE ANDRADE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE IVANILDO DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 6.750,00

Recebedor: **JOSE IVANILDO DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000943**

Conta: **0000035928-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200389596

Vítima: JOSE IVANILDO DOS SANTOS

Data do Acidente: 30/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA JOSE ANDRADE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE IVANILDO DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00913/00914 - carta_02 - INVALIDEZ

00030467



Carta nº 16298462



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE IVANILDO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00943

CONTA: 000000035928-8

Nr. da Autenticação 80E69030F54CB044



PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. OUTORGANTE: JOSE IVANILDO DOS SANTOS
portador(a) do documento de identidade n°: 6.244.970, expedido por SDS/PE, em 29/04/2015, inscrito no CPF sob o n°: 053.773.574-77,
residente: R. EDSON BEZERRA DE OLIVEIRA, n°: 04 complemento: CASA,
Bairro: DON HILDER PAMARA, cidade: CHÃ GRANDE, Estado PE.

2. OUTORGADO: MARIA JOSÉ DE ANDRADE
portador(a) do documento de identidade n°: 6.037.978, expedido por SDS/PE, em 22/07/2014, inscrito no CPF sob o n°: 039.513.924-44,
residente: R. EDSON BEZERRA DE OLIVEIRA, n°: 04 complemento: CASA,
Bairro: DON HILDER PAMARA, cidade: CHÃ GRANDE, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários, na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO da vítima:

JOSE IVANILDO DOS SANTOS Acidente ocorrido no
dia 30/06/2020, do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez.

CHÃ GRANDE, 14 de SETEMBRO de 2020



OUTORGANTE:

Jose Ivanildo dos Santos

(reconhecer firma por autenticidade)

lp Registro Civil de Pessoas Naturais do Município de Chã Grande
Luana Pilon - Tabeliã

Reconheço por Autenticidade a firma indicada de **JOSE IVANILDO DOS SANTOS** que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.

Adeima Pedrosa da Silva Teles Gomes (Substituta)



Chã Grande, 14 de setembro de 2020. Em test. luana

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
CNPJ nº 07.430.210/0001-00, inscrita no CNPJ nº 07.430.210/0001-00 pelo 0074302.RGM08202009.D1649
E-mail: RS 3,67 TSNR R\$ 0,82 PERC R\$ 3,45 PERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 Total R\$ 5,04

29 OUT 2020

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309285/20

Vítima: JOSE IVANILDO DOS SANTOS

CPF: 053.773.574-77

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 30/06/2020

Titular do CPF: JOSE IVANILDO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

MARIA JOSE ANDRADE : 039.513.924-44

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE IVANILDO DOS SANTOS : 053.773.574-77

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/10/2020
Nome: MARIA JOSE ANDRADE
CPF: 039.513.924-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2020
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

MARIA JOSE ANDRADE

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200389596 **Cidade:** Gravata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE IVANILDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 30/06/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO
FRATURA FECHADA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO (GALLEAZI)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO) E ALTA. P3 4 5

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @7 10 ** VÍTIMA INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR (3150714426 DE 28/06/2015) EM Limitação funcional INTENSA do punho direito

PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200389596 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE IVANILDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 30/06/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO
FRATURA FECHADA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO (GALLEAZI)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO) E ALTA. P3 4 5

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @7 10 ** VÍTIMA INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR (3150714426 DE 28/06/2015) EM Limitação funcional INTENSA do punho direito

PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200389596 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE IVANILDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 30/06/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do rádio e ulna direita e fratura fechada de Galeazzi a esquerda

Descrição do exame físico: Ao exame físico do punho direito apresenta flexão aos 40°, extensão aos 20°, desvio ulnar aos 20°, desvio radial aos 10°, pronação aos 60°, supinação aos 20°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no punho direito. Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 50°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 25°, desvio radial aos 20°, pronação aos 40°, supinação aos 50°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a osteossíntese com placas e parafusos
Alta médica

Sequelas permanentes: Déficit funcional de grau médio no punho esquerdo
Déficit funcional de grau intenso no punho direito

Sequelas: Com seqüela

Data do exame físico: 12/11/2020

Conduta mantida:

Observações: Vítima indenizada ,sinistro anterior (3150714426), em 75 % do punho direito, após nova avaliação não há indenização complementar a receber em punho esquerdo.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau completo - 100 %	50%	R\$ 6.750,00
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200389596 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE IVANILDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 30/06/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do rádio e ulna direita e fratura fechada de Galeazzi a esquerda

Descrição do exame físico: Ao exame físico do punho direito apresenta flexão aos 40°, extensão aos 20°, desvio ulnar aos 20°, desvio radial aos 10°, pronação aos 60°, supinação aos 20°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no punho direito. Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 50°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 25°, desvio radial aos 20°, pronação aos 40°, supinação aos 50°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a osteossíntese com placas e parafusos
Alta médica

Sequelas permanentes: Déficit funcional de grau médio no punho esquerdo
Déficit funcional de grau intenso no punho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/11/2020

Conduta mantida:

Observações: Vítima indenizada ,sinistro anterior (3150714426), em 75 % do punho direito, após nova avaliação não há indenização complementar a receber em punho esquerdo.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau completo - 100 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 474424
PACIENTE: JOSE IVANILDO DOS SANTOS
GENITORA: MARIA DE LOUDES DOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO: 05/10/1980 IDADE: 39
ENDEREÇO: 15 DE NOVEMBRO
BAIRRO: NS DAS GRACAS CIDADE: GRAVATA UF: PE CEP:
PONTO DE REFERÊNCIA: ACOMPANHANTE: PAULO (AMIGO)

DATA: 30/06/2020
HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 19:18
CNS: 708406236796560
TELEFONE:
SEXO: Masculino COR: Sem informação
Nº: 94

HDA

per tranco p/ gravata USB, corr. histor
de com em moto-cavalo, esma c/ capote
na parte conservada, não unido
Fatura Grava N750 Fatura Trans 1750
Pmi. Trouzem protocolo tranco
H750 0170 Alerte emprest

EXAME FÍSICO

Bec, lom, repouso, Ativo!
Não dor em coluna cervical, lesão rotatória c/te cervical
R/C R/R 2T 3T PA 160 x 100
R/R 4T 5T - R1 SAT. 99%
Ativo, 0330 - não dolor TC 77
105 136

EXAMES SOLICITADOS

Rx TORA, Rx col cervical, Rx parte,

HD

COMPREV
COMPREVIDA E PREVIDÊNCIA SIA
29 OUT 2020

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.	
F.C.		F.R.			

Transm 50mg 200 cm
 CETOPIROFENO 100mg 700 cm


 Dr. Nelson Manoel P. da Cunha
 Médico - CRM - 74494/PE
 30 JUN 2020

HOF: Transmido - D. H. T. P. S. S. S.
 5966737

ALTA

HORA:

DATA

CURADO

MELHORADO

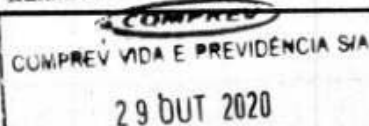
A PEDIDO

TRANSFERIDO

ADMINISTRATIVO

ÓBITO

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO



FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS







HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SES/PE

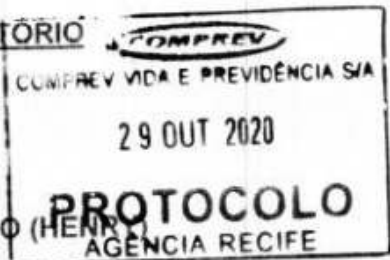


RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: JOSE IVANILDO DOS SANTOS		Nº DO REGISTRO: 1113188
CLINICA: ORTOPEDIA		Nº DO LEITO: 27-1
OPERADOR: DR DANIEL CAMPOS		
1º ASSISTENTE: DR ULYSSES BARBOSA	2º ASSISTENTE: DR JOAO E BRUNO	
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA: DR EVERTON	
ANESTESISTA: SEDAÇÃO + BLOQUEIO	DURAÇÃO:	
DATA DA OPERAÇÃO: 7/7/2020	INÍCIO:	FIM:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: PSEUDOARTROSE E FRATURA DE OSSOS DE ANTEBRAÇO DIREITO		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO		
OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE E FRATURA DE OSSOS DE ANTEBRAÇO DIREITO		
OPERAÇÃO REALIZADA: O MESMO		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
4. INCISÃO EM FACE VOLAR DE ANTEBRAÇO (HENRI)
5. DISSECÇÃO POR PLANOS
6. VISUALIZADO FOCO DE FRATURA EM RÁDIO
7. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA
8. APOSIÇÃO DE PLACA DCP + 6 PARAFUSOS
9. PASSAGEM DE 7 PARAFUSOS CORTICAIS
10. VISUALIZADA BOA REDUÇÃO SOB RADIOSCOPIA
11. INCISÃO DIRETA SOB A ULNA
12. VISUALIZADA FRATURA COMINUTIVA DE ULNA
13. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA
14. APOSIÇÃO DE 1 PLACA DCP SOBRE A ULNA E 6 PARAFUSOS CORTICAIS
15. SUTURA POR PLANOS + CURATIVO
16. A SR



MATERIAL UTILIZADO:
EMPRESA: ORTOMÉDIA
12 PARAFUSOS CORTICAIS
2 PLACA DCP FUROS

Bruno Carvalho
Médico
CRM: 28949





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: JOSE IVANILDO DOS SANTOS		Nº DO REGISTRO: 1113188
CLINICA: ORTOPEDIA		Nº DO LEITO: 27-1
OPERADOR: DR DANIEL CAMPOS		
1º ASSISTENTE: DR ULYSSES BARBOSA	2º ASSISTENTE: DR JOAO E BRUNO	
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA: DR EVERTON	
ANESTESISTA: SEDAÇÃO + BLOQUEIO	DURAÇÃO:	
DATA DA OPERAÇÃO: 7/7/2020	INÍCIO:	FIM:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: PSEUDOARTROSE E FRATURA DE OSSOS DE ANTEBRAÇO DIREITO		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO		
OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE E FRATURA DE OSSOS DE ANTEBRAÇO DIREITO		
OPERAÇÃO REALIZADA: O MESMO		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
4. INCISÃO EM FACE VOLAR DE ANTEBRAÇO (HENRY)
5. DISSECÇÃO POR PLANOS
6. VISUALIZADO FOCO DE FRATURA EM RÁDIO
7. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA
8. APOSIÇÃO DE PLACA DCP + 6 PARAFUSOS
9. PASSAGEM DE 7 PARAFUSOS CORTICAIS
10. VISUALIZADA BOA REDUÇÃO SOB RADIOSCOPIA
11. INCISÃO DIRETA SOB A ULNA
12. VISUALIZADA FRATURA COMINUTIVA DE ULNA
13. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA
14. APOSIÇÃO DE 1 PLACA DCP SOBRE A ULNA E 6 PARAFUSOS CORTICAIS
15. SUTURA POR PLANOS + CURATIVO
16. A SR

MATERIAL UTILIZADO:
EMPRESA: ORTOMÉDIA
12 PARAFUSOS CORTICAIS
2 PLACA DCP FUROS

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
29 OUT 2020
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECÍPE

Bruno Carvalho
Médico
CRM: 26949






SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

ORTOPEDIA EMERGÊNCIA

NOME: JOSÉ IVANILDO DOS SANTOS REG: 1113188

DATA: 01/07/2020

CIRURGIÃO: DR. BAUDEL

PRIMEIRO AUXILIAR: DR. THIAGO COUTINHO

ANESTESISTA: DR. FABIO

ANESTESIA: BLOQUEIO DE PLEXO MSD

HORA DO INICIO : 15:00 HORA DO TÉRMINO 16h

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA EXPOSTA DE RADIO + ULNA DIREITO COM EXPOSIÇÃO > 12 HORAS + FRATURA GALLEAZI DE ANTEBRAÇO ESQUERDO FECHADA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

CIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO DIREITO.

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
- 2) ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MSD
- 3) VERIFICADA LESÃO POR FRATURA EXPOSTA EM ANTEBRAÇO DIREITO COM EXPOSIÇÃO DE 3 CM COM > 12 HORAS DE EVOLUÇÃO (TRAUMA DIA 30/06 ÀS 6h)
- 4) AMPLIAÇÃO DE EXPOSIÇÃO, DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS + LAVAGEM EXAUSTIVA COM SFO,9%
- 5) SUTURA COM NYLON
- 6) CURATIVO, BOA PERFUSÃO DISTAL, TALA AXILOPALMAR DIREITA
- 7) À SR

OBS: PACIENTE OBESO COM ASMA GRAVE, FOI NECESSÁRIO USO DE GRANDE VOLUME ANESTÉSICO EM MSD (BLOQUEIO DE PLEXO) IMPOSSIBILITANDO ANESTESIA DE MSE E FIXAÇÃO DE GALLEAZI. NO ANTEBRAÇO DIREITO FRATURA EXPOSTA DE > 12 HORAS COM 3CM DE EXPOSIÇÃO, IMPOSSIBILITANDO FIXAÇÃO PRIMÁRIA EM URGÊNCIA.





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: JOSE IVANILDO DOS SANTOS

Idade: 39 Anos 8 Meses 25 Dias Nasc. 05/10/1980

Sexo: MASCULINO CNS: 708408236796560

Contatos: 81. 92965329 | Celular: 81.

Mãe: MARIA DE LOURDES DOS SANTOS

Endereço: RUA DO SOL, N.º 24 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: CHA GRANDE - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 30/06/2020 21:33
Prontuário: 1113188
Nº. Atendimento: 3457336
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico: EDUARDO DE ALMEIDA CARACIOLO E SILVA

Admissão

Queixa Principal

acidente de moto às 18h, nega desmaio ou vômito, refere ingestão alcoólica, Refere dor em antebraços. Nega desmaio ou vômito, nega cefaléia, nega cervicalgia.

História Clínica

acidente de moto às 18h, nega desmaio ou vômito, refere ingestão alcoólica, Refere dor em antebraços. Nega desmaio ou vômito, nega cefaléia, nega cervicalgia.

Exame Físico

dor + deformidade em antebraços, ferimentos em face ulnar do antebraço direito, boa perfusão distal membro aquecido

Observações

Conduta

internamento.

EDUARDO DE ALMEIDA CARACIOLO E SILVA - CRM: Nº.61044

Data/Hora: 30/06/2020 - 21:43

PRÓTESE

REVISADO

10/07/20
Walter



de acordo d
original
Dul

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejupió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500



	SES HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500
---	---

RESUMO DE ALTA

Nome: JOSE IVANILDO DOS SANTOS		
Reg: 1113188	Enf: 27	Leito: 01

DATA DE ENTRADA: 30/06/2020	DATA DE SAÍDA: 08/07/2020
DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: FRATURA DE OSSOS DE AMBOS OS ANTEBRAÇOS	
DIAGNÓSTICO FINAL: O MESMO	
EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): PACIENTE COM FRATURA DE AMBOS OS ANTEBRAÇOS, SENDO UMA RECENTE EM ANTEBRAÇO ESQUERDO E UMA ANTIGA, REFRATURADA, EM ANTEBRAÇO DIREITO. EVOLUIU APÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO BEM E EM LEITO DE ENFERMARIA, SENDO LIBERADO PARA CASA COM ORIENTAÇÕES, E RETORNO AO AMBULATÓRIO DE TRAUMA EM 15 DIAS.	
<p>THIAGO MORETI DOS S. BARBOSA MÉDICO RESPONSÁVEL EM CATOPED E TRAUMATOLOGIA CRMPE 29375</p> <p>_____</p> <p>MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM</p>	





****SES/FUSAM****

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

COMUNICADO DE DESOCUPAÇÃO DE LEITO

NOME DO PACIENTE: JOSE IVANILDO DOS SANTOS
PRONTUÁRIO: 1113188 ADM: 30/06/2020 ALTA: 08/07/2020
SETOR: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ENFERMARIA: 27 LEITO: 01

Médico - CRM


ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
MÉDICO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PE 29978





SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
 End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejupó-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: José Junior dos Santos Registro: _____

Clínica: _____ Procedência: _____

Aprapa consulta p/

AMBULATÓRIO DE MÃO COM 23 dias

Dr. Victor Alves
 MÉDICO
 PE: 27294

Data: 27/07/2020

 Médico-CRM

075-HOF





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
ENFERMARIA DE ORTOPEDIA
RESIDÊNCIA EM ORTOPEDIA
LAUDO MÉDICO



DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O SR JOSE IVANILDO DOS SANTOS, RG 6244970, É ACOMPANHADO NESTE SERVIÇO EM PÓS OPERATÓRIO DE FRATURA DE AMBOS OS ANTEBRAÇOS. PACIENTE, NO MOMENTO, APRESENTA LIMITAÇÃO PARA O EXERCÍCIO SUAS ATIVIDADES LABORAIS POR TEMPO INDEFINIDO.

Dr. João Victor Alves
MÉDICO
CRM-PE: 27294

27/07/2020

Médico





SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA PACIENTE
NOME COMPLETO:	
CRM-PE:	
PACIENTE: JOSE IVANILDO DOS SANTOS	
ENDEREÇO:	
PRESCRIÇÃO:	
DIPIRONA 1G -----01 CX	
TOMAR 01 CP DE 6/6H SE DOR	
TRAMAL 50MG -----02 CX	
TOMAR 01CP DE 8/8H SE DOR INTENSA	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
NOME: _____ IDENTIDADE: _____ ORG EMISSOR: _____ END: _____ CIDADE: _____ UF: _____ FONE: _____	ASSINATURA DO FARMACEUTICO DATA: ___/___/___

Dr. João Victor Alves
MÉDICO
CRM-PE: 27294



SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA PACIENTE
NOME COMPLETO:	
CRM-PE:	
PACIENTE: JOSE IVANILDO DOS SANTOS	
ENDEREÇO:	
PRESCRIÇÃO:	
DIPIRONA 1G -----01 CX	
TOMAR 01 CP DE 6/6H SE DOR	
TRAMAL 50MG -----02 CX	
TOMAR 01CP DE 8/8H SE DOR INTENSA	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
NOME: _____ IDENTIDADE: _____ ORG EMISSOR: _____ END: _____ CIDADE: _____ UF: _____ FONE: _____	ASSINATURA DO FARMACEUTICO DATA: ___/___/___

Dr. João Victor Alves
MÉDICO
CRM-PE: 27294

COMPRADO
 29 OUT 2020
 PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE





Número: **0006141-66.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/02/2021**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE IVANILDO DOS SANTOS (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) sharon Stéphane Lins Barros (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
97037 661	19/01/2022 10:25	ANEXO 2	Outros (Documento)



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Adilson dos Santos

RG nº 5257506, data de expedição 07/05/1999

Órgão _____, portador do CPF nº 040.674.224-31, com domicílio na cidade de Gravatá, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua do norte, nº 366,

complemento Pr. Society, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Jose Ismael dos Santos cujo o condutor era Jose Ivanildo dos Santos

Veículo: Moto
Modelo: Faizel
Ano: 2015
Placa: PEB 2684
Chassi: Q E 6 K 8 0 6 8 0 F 0 0 4 4 0 4 0
Data do Acidente: 28/06/2015
Local e Data: Pl 71 Chã Grande

Jose Adilson dos Santos
Assinatura do Declarante

Jose Ivanildo dos Santos
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

MDM 2º SERVIÇO DE NOTAS E PROTESTO | GRAVATÁ - PE
MA. JILIA DUARTE MACHADO - Talidã | Rua Joaquim Nabuco, n. 75 - Centro - Gravatá - PE - CEP: 53641-203 - Fone/Fax: (51) 3513-0225

Reconheço a firma por autenticidade de: JOSE ADEILSON DOS SANTOS. Data fe. 16/07/2015 14:11:24
Em testemunho [assinatura] da verdade [assinatura]
Custas R\$ 3,29
TSNR R\$ 0,66
Total R\$ 3,95
Suely Augusto Silva Chaves Subst.
Selo Digital N. 0073643.PXE05201501.03232
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



CENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
13 AGO. 2015
UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO P/ANALISE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150714426 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE IVANILDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 28/06/2015 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/08/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM PUNHO DIREITO

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

Sequelas permanentes: COMPROMETIMENTO FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PUNHO 50%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:







HOSPITAL
PREFEITURA
SECRETARIA



0/
1

ID PAC	Cartão SUS:	Nome do Paciente: <i>Jose Wambedo dos Santos</i>	
Dt. Nascimento: <i>05/10/80</i>	Idade: <i>34 anos</i>	Sexo: <i>M</i>	Raça: <i>M</i>
Nome do País: <i>M. de Jaurdes Santos</i>		Observaç	
Endereço: <i>R. do Sol</i>			
PESO:	Kg	ALTURA:	m
SINAIS VITAIS /			
P.A.:	mmHg	TEMPERATURA:	
FREQ. CARD.:	bpm	SAT. O2.:	
FREQ. RESP.:	mpm	INFORMAÇÕES	

ALERGIAS? QUAIS?

SINTOMAS RELATADOS PELO PACIENTE:
*Paciente vítima de acidente de moto há 2 dias
se queixa de dor em punho (D).*

EXAMES

*Edema em punho (D).
Fratura epifise distal do cúbito (D)*

DIAGNOSTICO

Fratura de punho (D)

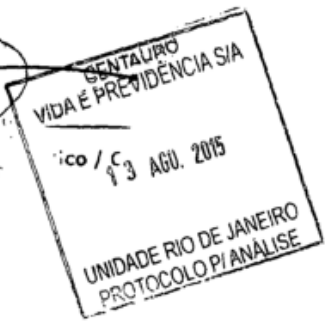
EXAMES COMPLEMENTARES

*Fratura da cabeça da ulna
Articulação do cúbito (D)*

TRATAMENTO

Intitoy.

Data do Atendimento: *30/06/15* Hora: *09:57*



Av. 20 de Dezembro, 210



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150714426 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE IVANILDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 28/06/2015 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do terço médio do rádio direito, luxação do terço médio da ulna direita e fratura da epífise distal da ulna direita.

Descrição do exame médico pericial: Vítima queixa-se de dor no punho direito e demais sem queixas. Ao exame: deformidade, edema (/ 4), redução importante da flexo-extensão e da pronossupinação do punho direito.

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento conservador.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/11/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andrea Rodrigues Madeira Campos

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

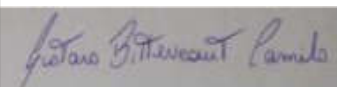
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE IVANILDO DOS SANTOS** Sinistro: **3150714426** Data: **28/06/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA DO SOL, 28 - CENTRO - Chã Grande - PE - CEP 55636-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**sds** / **PE**] **6244970**

Data local do exame: [**13/11/2015**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **Fratura do terço médio do rádio direito, luxação do terço médio da ulna direita e fratura da epífise distal da ulna direita. Vítima queixa-se de dor no punho direito e demais sem queixas. Ao exame: deformidade, edema (+/+4), redução importante da flexo-extensão e da pronossupinação do punho direito.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **Quadro submetido a tratamento conservador.**

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do punho direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentro as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

() "Sem seqüela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Seqüela):
Punho direito

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 75% intensa () 100% completo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

Região Corporal (Seqüela):

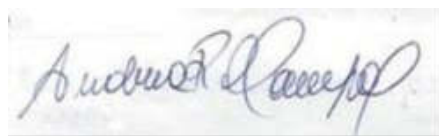
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Andrea Rodrigues Madeira Campos - CRM: 19953 - PE



QUALIFICAÇÃO

Nome: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Data de Nascimento: 13/04/2005
Estado: RJ

ESTRANGEIROS

Citania do Brasil em: Doc. Ident:
Data de Emissão:
Assinatura do Arrolante: *[assinatura]*

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação a nome, est. civil e data nasc.)

Nome:
Doc:
Est. Civil:
Data Nascimento:
Doc:
Est. Civil:
Data Nascimento:
Doc:

VIA E PRETENSÃO SA
13 ABR 2005
UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTÓCOLO 2005/156



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Recarta Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
053.773.574-77

Nome
JOSE IVANILDO DOS SANTOS

Nascimento
05/10/1980

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

13 AGR. 2015

UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO P/ANÁLISE



24/07/2015

Comprovante de Inscrição no CPF



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **053.773.574-77**

Nome da Pessoa Física: **JOSE IVANILDO DOS SANTOS**

Data de Nascimento: **05/10/1980**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **03/05/2002**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **17:33:48** do dia **24/07/2015** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **50A6.6D2C.A64B.60D3**
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



GRAVATÁ ,20 de OUTUBRO DE 2015.

Seguradora Líder dos Consórcios,

Processo

Megadata: 3150/714426
Processo: 742535
Natureza: INVALIDEZ
Data sinistro: 28/6/2015
Nome: JOSE IVANILDO DOS SANTOS
Situação: Processo com restrições

Venho por meio desta informar telefones de contato para que seja marcada perícia administrativa para que a pendência seja sanada no processo supra referido.

Tel. 81 34264486

Atenciosamente,

Inglida Meneses





Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 742535

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo		Placa PEB-2684/PE	
Nome da Vítima JOSE IVANILDO DOS SANTOS		Natureza 2 - INVALIDEZ	
Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Data Nascimento 05/10/1980	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 053.773.574-77
		Data Ocorrência 28/06/2015	

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos.:

- () Certidão Nº 15E0157000464 da autoridade policial sobre a ocorrência;
- () DUT Nº _____ () _____ () _____
- () RG e CPF do Sinistrado () _____ () _____
- () RG e CPF do(s) Beneficiário(s) () _____ () _____

Beneficiários					
Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
JOSE IVANILDO DOS SANTOS	Vítima	VITIMA	05/10/1980	55636-000	053.773.574-77

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).
Observações.:

Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso PE

Local da Entrega RJ

A
Beneficiário

Data 13/AGO, 2015

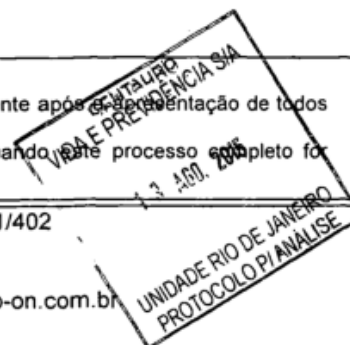
Data 13/AGO, 2015

[Assinatura]
Centauro Vida e Previdência

Atenção :

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

AVENIDA TREZE DE MAIO, 41, 4º ANDAR - SALAS 401/402
 Centro - Cep: 20031-007
 Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402
 site: <http://www.centauro-on.com.br> e-mail: dpvat-rj@centauro-on.com.br
 RIO DE JANEIRO - RJ



Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2015

Carta nº: 7613902

A/C: JOSE IVANILDO DOS SANTOS

Sinistro: 3150714426
Vitima: JOSE IVANILDO DOS SANTOS
Data Acidente: 28/06/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00169/00170 - carta_01



Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2015

Carta nº: 7702441

A/C: JOSE IVANILDO DOS SANTOS

Sinistro: 3150714426
Vítima: JOSE IVANILDO DOS SANTOS
Data Acidente: 28/06/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0147301474 - carta_02





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

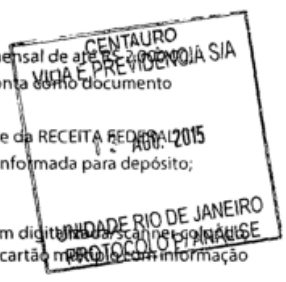
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, José Manoel dos Santos
 PORTADOR(A) DO RG Nº _____ EXPEDIDO POR _____ EM ____/____/____
 CPF 058473574-77 /CNPJ _____, PROFISSÃO AUTOABASTO
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Manoel dos Santos, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 1.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL 2015 www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada ou assinada por escrito à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
 Nº do BANCO 348 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 9698 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 05004 - 6

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
 Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Epabaa 16 de agosto de 2015 x José Manoel dos Santos
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO
 - O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.
 - Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Recibo **Receita da S/A**
RZC - 1300 13/08/2015 10:25:29
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO P/ANALISE

CENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
13 AGO. 2015
UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO P/ANALISE





ESTADO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 87ª CIRCUNSCRIÇÃO - CHÃ GRANDE - DP87ªCIRC
CENTRO - PE 071

2021 e 22 Circunscrição: **15E0157000464**

07/07/2015 11:54

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - C. Inso (Consumado) - 28/02/15 no período de Noite

MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, ST. PE 071 - 9ª : CENTRO - CHA GRANDE PERNAMBUCO BRASIL
VIA PEREIRA

Pessoa(s) envolvida(s) - 1ª VÍTIMA
NOME: JOSÉ IVANILDO DOS SANTOS
CPF: 973302739

1ª VÍTIMA (Morte) - 2ª VÍTIMA
NOME: MARIA DE LURDES DOS SANTOS
CPF: 973302739

Qual Espaço da(s) pessoa(s) envolvida(s) :

JOSÉ IVANILDO DOS SANTOS (presente no plá. 8704) - Av. Mascote e St. MARIA DE LURDES DOS SANTOS FA MARCEL JOSÉ DOS SANTOS - NÃO INFORMADO
PERNAMBUCO BRASIL - VIGILANTE - 973302739

MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, St. PE 071 - 9ª : CENTRO - CHA GRANDE PERNAMBUCO BRASIL.

JOSÉ ABELSON DOS SANTOS (presente no plá. 8704) - Av. Mascote e St. MARIA DE LURDES DOS SANTOS - NÃO INFORMADO - 973302739

SEF ALYONIA (não presente no plá. 8704) - Av. Mascote e St. MARIA DE LURDES DOS SANTOS - NÃO INFORMADO - 973302739

Qual Espaço da(s) pessoa(s) envolvida(s) :

MOTOCICLETA (VEÍCULO) - 1ª VÍTIMA - **JOSÉ ABELSON DOS SANTOS** - 1ª VÍTIMA - **JOSÉ IVANILDO DOS SANTOS**
MOTOCICLETA YAMAHA NÃO INFORMADO - 15 ANOS
(UNIDADE NÃO INFORMADA)

104726555 - 15/07/2015 - ALCO. CASOL

Complemento Observação:

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A PESSOA DE JOSÉ IVANILDO DOS SANTOS INFORMANDO QUE FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, SEGUNDO RELATA A VITIMA ELE VINHA NO SENTIDO GRAVATA CHA GRANDE E DENTRO A MOTOCICLETA YAMAHA VERDE PLACA REC 265 RENAVAM Nº 104726555, CHASSI Nº



OS SERVIDORES DA TERCEIRA SEÇÃO DO TRIBUNAL DO JURY DO RIO DE JANEIRO, EM VIRTUDE DO CASO MOURÃO ATRAVÉS DO QUAL
FICOU VINDO A BOMBA DEVELOSOS
FESTIVOS DE BOM DIA... DIANTE DESTA FATOS PROCUROU ESTE
DELEGADO DA POLÍCIA DE INVESTIGAÇÃO DO PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA

UMA Cópia do presente boletim de ocorrência é encaminhada para o Ministério Público

Jose Sampaio dos Santos
JOSE SAMPAIO DOS SANTOS
(VITIMA)

[Signature]

[Empty box]

GENTAURO
VIA E PREVIDÊNCIA S/A
13 ABR 2015
UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO P/ANALISE



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Documento de Identificação

Eu, José Manoel das Santos, portador da carteira de identidade nº _____ e inscrito no CPF/MF sob o nº 058.773.574-77 residente e domiciliado na Rua do Sol N. 28 Cidade Pernambuco Estado _____, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Cynabata, 16 de junho de 2015

Local e data





CERTIDÃO NARRATIVA DE ATENDIMENTO

Chã Grande, 10 de julho de 2015.

Declaro para os devidos fins de comprovação que **JOSÉ IVANILDO DOS SANTOS**, 34 anos de idade, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192 Chã Grande, no dia 28 de junho de 2015, às 21h30min (número do registro da ocorrência: 13641).

Breve descrição do caso e estado geral do paciente/vítima: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, NO QUAL ESTAVA NA CONDIÇÃO DE CONDUTOR DO VEÍCULO. NO MOMENTO DO SINISTRO, O MESMO ESTAVA UTILIZANDO CAPACETE E NÃO HAVIA FEITO USO DE SUBSTÂNCIAS ALCOÓLICAS. A OCORRÊNCIA FOI NA RODOVIA PE-71, EM CHÃ GRANDE-PE.

Encaminhado para o Hospital: HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA (CHÃ GRANDE-PE)

Removido para o hospital de referência: Não se aplica ao caso.

Procedimentos realizados pelo SAMU 192 Chã Grande: REALIZADO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE TRAUMA, ACESSO VENOSO PERIFÉRICO, CURATIVO COMPRESSIVO E TRANSPORTE PARA UNIDADE HOSPITALAR.

Para mais informações, procurar a coordenação do serviço.

Atenciosamente,

Coordenador do SAMU 192 Chã Grande-PE

Bruno de Luna Oliveira
Enfermeiro Emergencista
COREN - 308.186





Comunidade de São Antão

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Stamello das Santos

RG nº _____, data de expedição ____/____/____, Órgão _____

CPF nº 053.773.574-77, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua do Sol
Número	28
Apto / Complemento	Casa
Bairro	Dam Helder Lamara
Cidade	Elba Grande
Estado	PE
CEP	55636-000
Telefone de Contato	(81) 3426-4286
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Caruaru, 16 de julho de 2015.

Assinatura do Declarante: José Stamello das Santos



DADOS DO CLIENTE
 HELENA FELIX DE ANDRADE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA DO SOL, 28

CPF 780.500.574-53

DOM HÉLDER DAMARA/CMA GRANDE
 CHA GRANDE PE
 55638-000

CLASSIFICAÇÃO
 BT RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL
 Manifesta.co

CONTA CONTRATO
 7006016434

MES ANO
 06/2015

DATA DE VENCIMENTO
 26/06/2015

DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA
 06/07/2015

TOTAL A PAGAR (R\$)
 60,76

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Consumo Ativo (kWh)	89,000000	0,57024980	50,75
Acréscimo Bandeira VERMELHA			7,05
Contribuição Iluminação Pública			2,98
TOTAL DA FATURA			60,76

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE CONSTANTES	CONSTANTES	ALJUSTE	CONSUMO (kWh)
30110630	CAT	30/05/15	3.303,00	05/06/15	3.392,00	30	1,0000		89,00

INFORMAÇÕES SOBRE IMPOSTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Descrição	Valor	%
57,90	25,00	14,48	Cargos de Energia	34,42	43,25
57,90	1,00	0,58	Transmissão	1,75	1,90
57,90	4,87	2,80	Dist. Energia (Cabo)	10,88	18,49
			Energia Solar (em)	3,82	6,31
			Tributos	17,72	30,00
			Total	67,88	100,00

VERBOS APLICÁVEIS
 0,98574900

NUMERO DO FISCOS
 32CB0120 ABB9 50A1 4344 731B 782F 85F1

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Não se dá de baixa a tarifa em vigor e a validade. Mais informações em www.celpe.gov.br. Pagamento em atraso gera multa de 2% (duas por cento) por dia de atraso, no máximo 10% (dez por cento). O cliente é responsável quanto ao valor da tarifa contratada individual ou do nível de serviço de fornecimento. O Cliente é responsável quando não de cumprimento do prazo de entrega para os pontos de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encaminhamento do cliente ao poder judiciário após 2 (dois) dias úteis, podendo também ser cobrado o custo de disponibilização no caso em que ocorrer a suspensão.

Complemento e não pagamento da(s) conta(s) de energia (valor/s)

Vencido	Debitado	Valor	Vencido	Debitado	Valor
26/05/15	18/06/15	72,08	27/06/15	18/06/15	49,21
27/05/15	18/06/15	57,48	28/06/15	17/06/15	62,26

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de inadimplência do SIC e SERASA, com abrangência nacional. Esta inclusão não substitui o envio de débitos relativos ao bem comercial ao órgão devedor em discussão judicial que poderá ser cobrado após o fim do processo.

Não existem débitos de 2014 e anos anteriores. Esta declaração substitui, para o consumidor, o cumprimento das obrigações de consumo, as declarações de pagamento de tarifas (Art. 4º, Lei 12.227/2010). Esta declaração não se aplica a débitos de parcelamentos autorizados de débitos nem taxas de atendimento judicial que poderão ser cobradas após o fim do processo judicial.

DISPARIDADE PRESERVAÇÃO DAS INTERFERÊNCIAS

GRAU DE TENSÃO	VALOR NOMINAL	VALOR MENSAL	VALOR TRIMESTRAL	VALOR ANUAL
DIC	0,00	5,87	11,34	22,86
FIC	0,00	3,85	7,10	14,30
DMIC	0,00	3,79	0,00	0,00

Limite DICR: 13,20 R\$ - Valor de Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 17,10

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	VALOR NOMINAL	VALOR
220	201	251

CONTA CONTRATO MÊS ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)

7006016434 06/2015 26/06/2015 60,76

83800000000-9 60780011007-4 00601643410-1 02188147503-6

CENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

60,76 R\$ 3 AGO. 2015

UNIDADE RIO DE JANEIRO
 PROTOCOLO PI/ANÁLISE

